

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-629814

26389 SN

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'HADER MEHDI

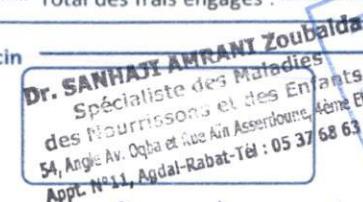
Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : RES CASA YEW Tranche 11 Imme 3 Apt 22 HAY NASSIR
CASABLANCA

Tél. : 0661 93 12 11

Total des frais engagés : 395,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 03-06-2021

Nom et prénom du malade : M'hader Rik

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Colipul - Vireiulath

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 15/06/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/07/2018	Ca	1	250.000	INP : 111-101-00 INPE : 111-101-00 Dr. SANTHIT AMRANI Zoubalad Spécialiste des Maladies Infectieuses et des Enfants Sous la Direction de Dr. El-Baghdadi Tél : 05 37 68 63 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/06/2011	145,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>															
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>															
DEBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>															
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>															
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="border-top: none;"></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td style="border-bottom: none;"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D			B	00000000	11433553	B		
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	D																		
	B	00000000	11433553																
	B																		
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>														
	MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>														
	DATE DU DEVIS				<input type="text"/>														
	DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>														
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																		

A Preorder Rik

Rabat le 03.08.2019

84,00 Kalme effets
 Sous le nr



61,20 BCH ID
T = 145,20

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubalda
Spécialiste des Maladies
des Nouveaux-nés et des Enfants
54, Angle Av. Oqba et Rue Ain Asserdoune, N° 11
Appart. N° 11, Agdal, Rabat - Tel : 05 37 68 63 47



Ce paquet contient une ampoule de 1ml de
l'injection de chlorure de sodium pour la reconstitution.

INSTITUT PASTEUR DU MAROC -

1 Place Louis Pasteur 20360, Casablanca, Maroc

AMM N° 638/15 DMP/21/NCF • PPV : 61.20 DH

"TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS"

SII

1 ml

VACCIN BCG
(Lyophilisé)

(0,05 ml - 20 doses / 0,1 ml - 10 doses)

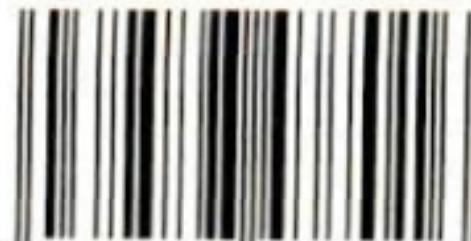
کال کنار

قطرات للشرب
عند حديثي الولادة والصغار

راحة معوية



Pharmalife 
RESEARCH



8 032578 477016

Lot: 200873
À consommer de
préférence avant le: 01/2024
PPC: 84,00 DH